STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 1842
26 januari
2015

Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Nr. C2014.158

Beslissing in de zaak onder nummer C2014.158 van:
A., kinderarts, werkzaam te B., appellant, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde: mr. M.J.J. de Ridder,
tegen
C., wonende te D., verweerder in beroep, klager in eerste aanleg.

1. Verloop van de procedure

C. – hierna klager – heeft op 24 april 2013 bij het Regionaal Tuchtcollege te Groningen tegen A. – hierna de arts – een klacht ingediend. Bij beslissing van 4 februari 2014, onder nummer G2013/35, heeft dat College de klacht gedeeltelijk gegrond verklaard en aan de arts de maatregel van berisping opgelegd.
De arts is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. Klager heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.
De zaak is in hoger beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaak C2014.121 behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 11 november 2014, waar zijn verschenen klager en zijn echtgenote, en de arts, bijgestaan door mr. De Ridder voornoemd.
Mr. De Ridder heeft de standpunten van de arts toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.
“2. Vaststaande feiten

2.1 Voor de beoordeling van de klacht gaat het College uit van de volgende feiten, die als erkend dan wel enerzijds gesteld en anderzijds niet of onvoldoende betwist vaststaan.

2.2 Op 23 maart 2008 meldde klager zich (volgens zijn zeggen om 17.00 uur) met zijn toen driejarige dochter (hierna: patiënte) op de centrale spoedopvang (CSO) van het UMCG te Groningen. De huisarts had patiënte doorverwezen omdat zij die ochtend een insultachtige aanval had doorgemaakt waarna zij apathisch was geworden en er nauwelijks contact met haar kon worden gemaakt. Patiënte is bekend met het Syndroom van Mowat Wilson. Zij werd om 17.27 uur ingeschreven, waarna de CSO-verpleegkundige – volgens het triageformulier – om 17.32 uur de triage heeft verricht. Hiervan heeft zij opgetekend dat patiënte bij de aanval een sterk gespannen linkerbeen en een verkrampt lichaam had en dat haar ogen wegdraaiden. Verder had zij bij de eerste controles 38.9°C koorts en een pols van 187, was haar bloeddruk 82/47, was de saturatie 95% en was haar gewicht 9.65 kilo. De drie dagen voor haar opname was zij verkouden. De einddiagnose luidde: verdenking bacteriële infectie.

2.3 Verweerder heeft patiënte op 23 maart 2008 rond 18.30/19.00 uur voor de eerste maal gezien en aanvullend onderzoek laten verrichten alvorens haar behandeling te starten. Verweerder heeft hierbij gewacht op de uitslagen van het laboratorium, de consultatie van de neuroloog en de uitkomst van de ruggenprik. De diagnostische overwegingen van verweerder waren: “post-ictaal na convulsie (door?) bij koorts, infectie/sepsis – focus?, metabole ontregeling”. Om 20.21 uur waren de laboratoriumuitslagen bekend van de venapunctie die door de arts-assistent was verricht. Deze uitslag was: normaal Hb/Ht, witte bloedcellen binnen de laag-normale range (4,1 x 10^9/l), verhoogd CRP (107 mg/l) en verhoogd ureum (14,0 mg/l), geen stoornissen in de electrolyten, het kreatinine bedroeg 72, bloedgas analyse: normale ph, geen acidose. Aangetekend werd dat na de lumbaalpunctie met antibiotica zou worden gestart, bij verdenking van een bacteriële infectie bij koorts zonder duidelijke focus.

2.4 Rond 23.00 uur werd bij patiënte een lumbaalpunctie verricht en werd haar vocht toegediend. Omstreeks middernacht werd zij op de kinderafdeling (mediumcare) opgenomen en kreeg zij antibiotica toegediend. Om 2.00 uur is patiënte vanwege circulatoire shock bij meningitis/sepsis op basis van pneumococ met purpura fulminans naar de kinder intensive care overgebracht.

2.5 Later opgetreden necrose van delen van haar handen en voeten, in het bijzonder van de vingertoppen en rechtervoet, heeft geleid tot een necrotectomie (amputatie van de necrotische delen). Uiteindelijk zijn bij patiënte het rechter onderbeen, de tenen van de linkervoet en alle vingertoppen geamputeerd.

3. De klacht

Klager verwijt verweerder dat hij:

- *te laat is begonnen met een adequate behandeling van patiënte dan wel haar niet heeft behandeld, waardoor onaanvaardbaar delay is ontstaan;*
- *op een onvolledige en onjuiste manier het medisch dossier van patiënte heeft bijgehouden;*
- *zich gedurende vijf jaar aan zijn verantwoordelijkheid heeft onttrokken, omdat hij na de ziekenhuisopname van patiënte in 2008 geen aandacht voor klager en diens gezin heeft getoond.*

4. Het verweer

Klager meldde zich op 23 maart 2008 met patiënte om 17.27 uur op de CSO. Patiënte had al een aantal dagen last van koorts, neusverkoudheid, een loopoor en diarree. De coassistent kindergeneeskunde heeft patiënte rond 18.00 uur gezien en verweerder rond 18.45 uur hiervan op de hoogte gesteld. Om 19.00 uur heeft verweerder patiënte bezocht. Verweerder achtte een nadere diagnostiek aangewezen alvorens de behandeling aan te vangen. In verband met haar uitgebreide medische voorgeschiedenis vond hij de vertraging (door een neuroloog in consult te vragen) gerechtvaardigd. Ook bij de herbeoordeling door verweerder om 21.00 uur was patiënte niet vitaal of circulatoir bedreigd. Het was in ieder geval tot dat moment niet ontoelaatbaar de benodigde tijd voor diagnostiek te nemen. Bovendien was het een erg drukke dag (eerste paasdag), waardoor er keuzes werden gemaakt met betrekking tot de snelheid en prioritering van de behandeling van de patiënten. Verweerder ging ervan uit dat kort na het neurologisch onderzoek de door hem aangevraagde lumbaalpunctie zou worden verricht. In het dossier heeft hij aangetekend: "B/start sepsis therapie na afname LP". Hij wist niet dat de betrokken arts-assistent had besloten eerst een andere patiënt vanuit een ander ziekenhuis op te nemen. Verweerder is tot circa 1.00 uur permanent bezig geweest op de CSO onderscheidenlijk de afdeling met patiënten die aandacht behoefden. Hij erkent dat hij – achteraf gezien – wellicht beter andere prioriteiten had kunnen stellen. Rond 23.00 uur verslechterde de situatie van patiënte plotseling en onverwacht aanzienlijk. Er was geen aanleiding bedacht te zijn op de later plotselinge circulatoire verslechtering. Na de vaststelling van de circulatoire verslechtering is direct en adequaat gehandeld: reeds om 00.00 uur werd patiënte de eerste gift antibiotica toegediend. Een pneumococcen sepsis, waar patiënte aan bleek te lijden, kan verraderlijk verlopen waarbij duidelijke alarmsignalen aanvankelijk kunnen ontbreken.

5. Beoordeling van de klacht

Het College wijst erop dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsbeoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.1 Eerste klachtonderdeel

Onduidelijk is hoe laat verweerder patiënte op 23 maart 2008 voor de eerste maal heeft gezien: om 18.30 uur (volgens klager), dan wel om 19.00 uur (volgens verweerder). Voorts is onduidelijk welke de lichamelijke toestand van patiënte was in de dagen voorafgaand aan haar bezoek aan de CSO. Volgens klager was patiënte in die dagen niet ziek en had zij de avond voor de opname geen koorts. Volgens verweerder was gemeld dat patiënte al drie dagen een loopoor had en dat zij neusverkouden was met begeleidende koorts, die niet was opgemeten. Ook bestaat er verschil van mening of klager verweerder heeft gewezen op een paarse vlek op de hand van patiënte, wat achteraf pupura fulminans bleek te zijn. Aangezien verweerder de lezing van klager inzake het vorenstaande ontkent en er geen aanwijzingen zijn die de lezing van klager ondersteunen, moet het College in het midden laten of de feiten zijn geweest zoals klager stelt of zoals verweerder aanvoert.

Het College overweegt in de eerste plaats het volgende. In zijn algemeenheid geldt dat, indien sprake is van een bacteriële meningitis, het beleid is om direct met antibiotica te starten en vervolgens direct aansluitend een lumbaalpunctie te verrichten en dat niet enkele uren uit te stellen. Er is geen reden om aan te nemen dat dit in het onderhavige geval anders zou hebben moeten zijn. In zo een geval kan dan worden verwacht dat de toestand van de patiënt na anderhalf uur ernstig kan verslechteren indien geen behandeling plaatsvindt. Die behandeling bestaat standaard uit controle via de monitor, het aanbrengen van een infuus en de toediening van antibiotica.

Gelet op de aantekeningen van verweerder in het medisch dossier, heeft verweerder sepsis en meningitis aanstonds als mogelijkheid onder ogen gezien. Deze diagnose heeft hij echter om 19.00 nog niet gesteld. Het College acht voorts aannemelijk dat verweerder de situatie van patiënte om 21.00 uur opnieuw heeft beoordeeld. De situatie van patiënte was op dat moment: een verhoogde temperatuur (rond 39°C), een hoge polsfrequentie, fors verhoogde CRP en kreatinine-waarde, een zeer slechte nierfunctie en een laag lichaamsgewicht. Dit paste niet meer bij een 'eenvoudige' convulsie met koorts. Ook toen had verweerder de diagnose meningitis – nog – niet gesteld, maar met de mogelijkheid dat daarvan sprake was hield verweerder nog steeds rekening. Teneinde die diagnose als mogelijkheid uit te sluiten, besloot

verweerder toen dat een lumbaalpunctie moest worden verricht.
Het College is van oordeel dat verweerder weliswaar niet valt te verwijten dat hij niet reeds om 19.00 uur of 21.00 uur de diagnose meningitis heeft gesteld, maar wel dat hij in die zin niet heeft gehandeld hetgeen de eisen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening meebrachten, doordat hij in de gegeven omstandigheden heeft nagelaten terstond antibiotica toe te dienen, ook voordat het resultaat van de lumbaalpunctie bekend was, en doordat hij niet heeft bewerkstelligd dat de door hem gegeven instructie, die beoogde een nadere diagnostiek mogelijk te maken en om meningitis uit te sluiten, terstond werd uitgevoerd, maar in plaats daarvan heeft laten gebeuren dat de lumbaalpunctie eerst twee uur later werd verricht.
Het vorenstaande brengt mee dat verweerder verantwoordelijk moet worden gehouden voor het undue delay tot 23.00 uur. Het hier beoordeelde klachtonderdeel is dan ook in zoverre gegrond.

5.2 Tweede klachtonderdeel
Wat het verwijt van klager betreft met betrekking tot de wijze waarop verweerder zijn status heeft bijgehouden, overweegt het College dat niet is gebleken dat verweerder dat op een onzorgvuldige wijze heeft gedaan.
Voor zover klager verweerder een verwijt maakt van de organisatie op de Spoedeisende Hulp, merkt het College op dat verweerder daar geen zeggenschap over heeft. Voorts heeft het College vastgesteld dat het ziekenhuis uit deze zaak lering heeft getrokken in die zin dat het protocol en de werkwijze naar aanleiding van de gebeurtenissen die zich hebben voorgedaan zijn aangepast.
Dit klachtonderdeel is dan ook ongegrond.

5.3 Derde klachtonderdeel
Voor het verwijt dat verweerder zich gedurende vijf jaar (vanaf 2008) aan zijn verantwoordelijkheid heeft onttrokken door geen aandacht voor klager en zijn gezin te hebben, ontbreekt een feitelijke grondslag. Gebleken is dat verweerder meermalen pogingen heeft ondernomen contact met klager op te nemen. Bovendien heeft er een gesprek plaatsgevonden tussen klager, verweerder en de Chef de Clinique. Klager is niet ingegaan op latere pogingen van verweerder om een gesprek te voeren en heeft contact met hem afgehouden.
Dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in hoger beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1 De arts is in beroep gekomen van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege voor zover daarbij het eerste klachtonderdeel gegrond is verklaard. Voorts richt het beroep van de arts zich tegen de aan hem opgelegde maatregel. De arts concludeert tot vernietiging van de beslissing in eerste aanleg en tot ongegrond verklaring van het eerste klachtonderdeel.

4.2 Klager heeft berust in de ongegrond bevinding van het tweede en derde klachtonderdeel en heeft in beroep verweer gevoerd. Klager concludeert – zakelijk weergegeven – tot verwerping van het beroep.

4.3 In hoger beroep is alleen aan de orde het klachtonderdeel dat de arts te laat is begonnen met een adequate behandeling van de dochter van klager, hierna patiënte, dan wel haar niet heeft behandeld, waardoor een onaanvaardbaar delay is ontstaan. De arts heeft in beroep primair gesteld dat het ontstane delay niet tuchtrechtelijk laakbaar is en, subsidiair, dat het delay, zo daar al sprake van zou zijn, de arts niet persoonlijk valt toe te rekenen. Ter onderbouwing van zijn stellingen voert de arts aan dat hij bij zijn eerste beoordeling rond 19.00 uur is uitgegaan van de diagnose ‘koorts zonder focus’ en vervolgens een diagnostisch beleid heeft geformuleerd volgens de vigerende protocollen. Verwijzend naar die protocollen (meer in het bijzonder het Werkboek “Infectieziekten bij kinderen” 2008) stelt de arts dat een herevaluatie binnen 4 tot 6 uur een gerechtvaardigd diagnostisch proces is bij twijfel over de aard van de ziekte.
Om 21.00 uur heeft de arts, na het bekend worden van de bloeduitslagen, aan de dienstdoende arts-assistent de instructie gegeven een lumbaalpunctie te verrichten en toediening van antibiotica te starten.

4.4 Met betrekking tot het door de arts gestelde overweegt het Centraal Tuchtcollege als volgt. Het door de arts gevoerde beleid tot 21.00 uur (te weten aanvullend onderzoek en consultatie van de neuroloog) beoordeelt het Centraal Tuchtcollege, gelet op de door hem in het dossier genoteerde differentiaal diagnose (“- postictaat na convulsie (door?) bij koorts – infectie/sepsis – focus? – metabole ontregeling”) en gelet op de geldende protocollen, als verdedigbaar.

4.5 Bij de herbeoordeling door de arts om 21.00 uur waren de bloeduitslagen inmiddels bekend. Op grond van het ziektebeeld (koorts, diarree, status na vermoedelijke convulsie en aanhoudend

verminderde alertheid) en op grond van de afwijkende laboratoriumuitslagen (hoog CRP, relatief laag aantal leukocyten waarbij tevens een gestoorde nierfunctie werd gevonden, welke stoornis overigens, en naar het Centraal Tuchtcollege meent ten onrechte, niet in beschouwing is genomen) is door de arts de werkdiagnose ‘sepsis’ gesteld. Hoewel een definitieve diagnose om 21.00 uur nog steeds ontbrak was er op dat moment geen twijfel over de aard of de ernst van de ziekte. De kans op een (potentieel levensbedreigende) sepsis was aanzienlijk en verder uitstel van behandeling was op dat moment naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege niet te verdedigen. Nu de behandeling pas rond 23.00 uur is gestart betekent dit dat er vanaf 21.00 uur sprake is geweest van een onaanvaardbaar delay ten aanzien van de behandeling van patiënte.

4.6 Nu het optreden van onaanvaardbaar delay gelet op hetgeen hiervoor is overwogen vaststaat dient de vraag te worden beantwoord of dit delay de arts kan worden verweten. Het Centraal Tuchtcollege beantwoordt die vraag bevestigend en overweegt daartoe als volgt.

4.7 Voor de werkdiagnose ‘sepsis’ geldt in zijn algemeenheid dat het noodzakelijk is onverwijld de vitale functies te bewaken, de vochtbalans te beoordelen, vocht toe te dienen en te starten met parenterale toediening van antibiotica. Indien nog niet verricht dient direct aansluitend afname van een urine- en liquorkweek plaats te vinden. De arts heeft dit beleid niet zelf, onverwijld, ingezet, maar heeft aan de dienstdoende arts-assistent de instructie gegeven een lumbaalpunctie te verrichten en toediening van antibiotica te starten. Op grond van de stukken en hetgeen ter zitting in hoger beroep is besproken is niet voldoende gebleken dat de overdracht van de arts aan de dienstdoende arts-assistent zodanig is geweest dat de arts er op kon vertrouwen dat bewaking van de patiënte, vochttoediening en toediening van parenterale antibiotica, en direct aansluitend afname van kweken, onverwijld zouden plaatsvinden. Voorts heeft de arts zich niet op de hoogte gesteld van het verloop totdat hij na 23.00 uur door de arts-assistent die op dat moment haar dienst aanving en aan wie patiënte was overgedragen, werd gewaarschuwd. Dat de arts om 21.00 uur noch zelf de behandeling heeft ingezet noch heeft bewerkstelligd dat die behandeling terstond door de arts-assistent is ingezet valt hem tuchtrechtelijk te verwijten.

4.8 Uit hetgeen hiervoor is overwogen volgt dat het Regionaal Tuchtcollege het eerste klachtonderdeel terecht gegrond heeft verklaard. Voor wat betreft de op te leggen maatregel acht het Centraal Tuchtcollege, gelet op de ernst van de laakbare overschrijding door de arts van de ter zake geldende norm, het opleggen van een berisping passend. Het beroep van verweerder wordt verworpen.

4.9 Om redenen aan het algemeen belang ontleend gelast het Centraal Tuchtcollege de publicatie van deze uitspraak.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.
van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact, met het verzoek tot plaatsing.
Deze beslissing is gegeven door: mr. W.D.H. Asser, voorzitter, mr. drs. R. Prakke-Nieuwenhuizen en mr. M. Wigleven, leden-juristen en dr. G. Derksen-Lubsen en dr. R.P. Kleyweg, leden-beroepsgenoten en mr. M.D. Barendrecht-Deelen, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 15 januari 2015.

Voorzitter

Secretaris